



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO

\*LEY 27.610\*

#### DATOS DE LA NIÑA, ADOLESCENTE, MUJER O PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR

Nombre y apellido:

Documento (tipo y N°):

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Correo Electrónico

Fecha de la primera consulta en este servicio de salud:

#### Confirmando que:

- ✓ Recibí información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí sobre:
  - los diferentes métodos para interrumpir un embarazo según las semanas de gestación, sobre cómo funcionan, y sobre sus efectos y características, incluyendo sus beneficios, desventajas y riesgos;
  - mi derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de mi voluntad, así como también mi derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad (art 5, Ley 27.610).
- ✓ Entendí la información recibida.
- ✓ Tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.
- ✓ Sé que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento antes de iniciar el procedimiento aún cuando haya firmado este consentimiento.

**De este modo, de acuerdo con el art 4 de la Ley 27.610, consiento libremente a:**

(señalar lo que corresponda)

Interrumpir **voluntariamente** este embarazo sin manifestar motivo porque me encuentro dentro de las 14 semanas inclusive de gestación, o

Interrumpir **legalmente** este embarazo por los siguientes motivos: esta en peligro mi vida o salud, o por poseer un embarazo resultado de violación

Firma de la persona gestante

Aclaración

Fecha:

Firma del/a profesional interviniente

Aclaración

Fecha:



### CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DEL/A REFERENTE AFECTIVO O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo al artículo 8 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia de su progenitor/a, representante legal, referente afectivo, o de una persona que ejerza formal o informalmente roles de cuidado o una persona allegada, debido a que la persona gestante es:

- Menor 13 años de edad.
- Adolescente entre 13 y 16 años de edad y el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida.

Firma

Aclaración

Documento (tipo y Nº)

Relación con la persona gestante

Fecha:

### CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DE LA PERSONA DE APOYO

De acuerdo al artículo 9 de la Ley 27.610, en este caso se requiere del apoyo designado judicialmente, representante legal o de una persona allegada, debido a que la persona gestante:  
(señalar lo que corresponda)

- Menor 13 años de edad.
- Adolescente entre 13 y 16 años de edad y el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida.

Firma:

Aclaración:

Documento (tipo y Nº):

Relación con la persona gestante

Fecha:

**El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante.**